МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

I МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА И ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. И. М. СЕЧЕНОВА

На правах рукописи

КРАВЧЕНКО
НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В СЕМЬЯХ РУССКИХ И КАЗАХОВ

(по материалам обследования когорт молодых семей г. Алма-Аты)

(140033 Социальная гигиена и организация здравоохранения)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Диссертация написана на русском языке

Москва — 1973



Работа выполнена на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. член-корр. АМН СССР, профессор А. Ф. Серенко) I-го Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. И. М. Сеченова (ректор института — профессор М. И. Кузин) и на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Алма-Атинского института усовершенствования врачей (ректор института — доцент А. А. Апсатаров).

Научные руководители:

Доктор медицинских наук, член-корр. АМН СССР профессор **А. Ф. Серенко.**

Кандидат медицинских наук **И. П. Каткова.**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор **И. А. Мануилова.**

Кандидат медицинских наук, доцент **Е. Н. Шиган.**

Ведущее учреждение, давшее дополнительный отзыв — кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения Московского стоматологического института (зав. кафедрой, профессор Е. И. Удинцов).

Автореферат разослан « . . . . » 1973 г.

Защита состоится « . . . . » 1973 г. на заседании Ученого совета I-го Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института в часов.

Адрес института: г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2/6. Проезд троллейбусами 15, 11; автобусами 64, 132.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Среди многих демографических проблем современности, привлекающих внимание ученых различных областей знания, государственных деятелей и представителей общественности, центральное место, безусловно, принадлежит вопросам рождаемости и воспроизводства населения. Актуальность проблем народонаселения подчеркнута XXIV съездом КПСС в связи с задачами, стоящими в области научного перспективного планирования развития народного хозяйства, базирующегося на долгосрочных прогнозах роста населения страны.

В современных условиях стабилизации показателей общей смертности и увеличения средней продолжительности жизни трудно переоценить значение уровня рождаемости в демографических процессах и связанных с ними социально-экономических последствиях: формировании смены трудовых ресурсов, оптимальном их размещении, обеспечении высоких темпов роста производительности труда и т. д.

Однако было бы весьма односторонним рассматривать этот процесс только с социально-экономических позиций, забывая о биологической природе его. Сознательное ограничение деторождений, регулирование сроков наступления беременностей и их исходов — все это имеет не только социально-экономические последствия, связанные с уменьшением демографического потенциала, но и социально-гигиенические, сопряженные с изменениями показателей здоровья населения.

Медико-социальная значимость проблемы внутрисемейного регулирования рождаемости состоит прежде всего в «постарении» контингентов первородящих женщин, увеличении числа экстрагенитальных заболеваний и абортов в анамнезе рожениц (И. Н. Желоховцева, 1971; О. Г. Фролова, 1972).

Последнее в известной мере определяет уровень и динамику показателей акушерской патологии, перинатальной и детской смертности. Поэтому при научной разработке и обосновании вопросов политики народонаселения чрезвычайно важно участие специалистов различного профиля, в т. ч. и врачей-социал-гигиенистов, акушеров-гинекологов и педиатров.

* *
*

Среди различных аспектов воспроизводства населения особое внимание исследователей привлекают региональные особенности рождаемости. Территориальные различия рождаемости в значительной мере определяются различиями в плодовитости различных этнических групп населения и степени урбанизации того или иного района страны.

В связи с изложенным определенный интерес представляет анализ тенденций рождаемости в Казахстане. Это тем более важно подчеркнуть в связи с неоднородностью этнического состава населения республики, включающего 51,5% лиц русской этнической группы, 32,4% — казахов и 16,1% лиц других национальностей.

За годы Советской власти численность городского населения Казахской ССР увеличилась более чем в 12 раз и составляет на 1/I—1972 г. 52,0% в общей структуре населения [1]. По росту уровня образования населения Казахстан опережает многие союзные республики.

Быстрые темпы экономического развития республики и значительные миграционные процессы не могли не отразиться на динамике показателей рождаемости. Если до недавнего времени демографы ставили Казахстан в один ранг с республиками Средней Азии, относя его к районам с высокой рождаемостью, то сегодня скорее всего можно говорить о промежуточном положении, так как уровень рождаемости в республике в 1971 году равнялся 23,8‰, что ниже уровня 1940 года на 41,7% [2]. А в 10 областях республики из 16 он был ниже среднего уровня. Последнее десятилетие (1959—1969 гг.) характеризовалось значительными темпами снижения рождаемости, особенно городского населения республики и уменьшением числа регистрируемых браков с 12,8 на 1000 населения в 1961 г. до 9,3 в 1971 г. Одновременно с этим в 4 раза увеличился коэффициент разводимости с 0,4 до 1,6‰.

Сложившаяся демографическая ситуация, особенно среди городского населения республики, явилась основной предпосылкой предпринятого нами конкретного социально-гигиенического исследования процесса регулирования рождаемости в молодых семьях г. Алма-Аты.

Алма-Ата — столица республики является типичным представителем современного социалистического города с многонациональным составом населения, в котором наиболее четко проявляются характерные для настоящего периода тенденции рождаемости.

Основная цель исследования — выяснение социально-гигиенических особенностей внутрисемейного регулирования

---

[1] «Народное хозяйство СССР 1922—1972 гг.» Статистический сборник, ЦСУ. М., 1972.

[2] Там же.

рождаемости в условиях данного региона, в семьях русских и казахов.

В доступной нам литературе мы почти не встретили работ, в которых бы исследовались национальные особенности рождаемости в Казахской ССР. Исключение составляет работа Л. Е. Свиридовой (1971), которая исследовала социально-гигиенические аспекты брачной плодовитости жителей Целиноградской области. Однако, небольшой удельный вес лиц казахской национальности в выборочной совокупности обследованных ею семей (14,9% из 898 семей) не позволил автору выявить особенности демографического развития семей казахской национальности на современном этапе.

В отечественной литературе известны лишь немногочисленные исследования социал-гигиенистов (И. П. Каткова, 1968; Ш. И. Шлиндман, 1970; Л. Е. Свиридова, 1971; А. И. Салатич, 1971), отражающие вопросы регулирования рождаемости **в когортах** различных семей. Эти исследования в основном базируются на результатах опроса женщин. Следует отметить, что, хотя сведения, получаемые методом опроса (интервью) и являются ценной научной информацией, однако, они не лишены элементов субъективизма при оценке социальных условий жизни семей, поэтому необходима коррекция их (там, где это возможно) данными объективного характера.

Кроме того, на сегодня остаются еще далеко не разработанными вопросы комплексной оценки социально-гигиенических условий жизни семей. Неясны также характер и механизм взаимосвязи последних с особенностями внутрисемейного регулирования деторождений. Имеющиеся по этому вопросу литературные данные весьма противоречивы.

Учитывая вышеизложенное, и недостаточную разработанность вопросов комплексного социально-гигиенического изучения семьи в связи с процессом рождаемости, мы поставили перед собой следующие задачи:

а) поиск, разработка и апробация различных методов многоаспектного комплексного социально-гигиенического анализа процесса рождаемости;

б) анализ системы прямых и косвенных социально-гигиенических факторов, определяющих тактику супругов в отношении деторождения в первые годы брака, исходя из конкретных условий жизни семьи: при этом учитывались не только социально-экономические, социально-психологические, но и медико-социальные аспекты репродуктивного поведения супругов;

в) разработка практических рекомендаций по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения по наиболее рациональному и эффективному использованию средств в области политики народонаселения.

* *
*

Исследование проводилось выборочным методом. В основу формирования изучаемой совокупности положен когортный метод[1]. Обследованием охвачены две когорты семей русской (400 семей) и казахской (402 семьи) национальностей.

Для обеспечения максимальной однородности изучаемых семей по основным демографическим признакам и исключения влияния последних на величину получаемых в процессе исследования показателей, а также во избежание выявления ложных тенденций и закономерностей, отбор когорты проводился по 6 признакам, которым должна была соответствовать каждая семья:

— первый брак у обоих супругов;

— возраст вступления в брак до 29 лет включительно;

— длительность брака 5—6 лет;

— единый год вступления в брак (1963—1964 гг.);

— одна и та же национальность супругов (русские, казахи);

— постоянное место жительства за годы брака — г. Алма-Ата.

Для формирования указанной совокупности семей нами был применен многоступенчатый направленный отбор супружеских пар, зарегистрировавших свой брак в ЗАГСах г. Алма-Аты.

На первом этапе (в ЗАГСах) отбор проводился по 5-ти первым признакам когорты. Выборочная совокупность составила 977 семей русской национальности (или 43,2% первоначальной совокупности, отобранной методом основного массива) и 1071 семья казахской национальности (сплошное наблюдение)[2].

На втором этапе — в городском адресном бюро уточнялся 6-й признак когорты (постоянное место жительства). После

---

[1] А. Ф. Серенко, И. П. Каткова, Н. А. Кравченко, Г. Г. Гранчарова. «Когортный метод в социально-гигиеническом изучении рождаемости в молодых семьях». М., 1971.

[2] Применение сплошного метода наблюдения при обследовании семей казахов обусловливалось небольшим удельным весом их (18,3%) в структуре новобрачных.

исключения мигрантов (35%) выборочная совокупность состояла из 635 молодых семей русской национальности (или 43,1% генеральной совокупности) и 696 семей казахской национальности, что можно считать генеральной совокупностью, т. к. практически были учтены все семьи, соответствовавшие шести требованиям когорты.

На третьем этапе — при проведении собственно статистического наблюдения (или сбора материала) отобранная совокупность сохраняла еще значительное разнообразие за счет семей, которые не могли быть включены в исследование по различным причинам: 35% полученной после двух этапов совокупности составили временно выбывшие, сменившие квартиры и супруги расторгнувшие брачно-семейные отношения; 2,0% — семьи, не вошедшие в разработку вследствие смерти одного из супругов или психофизической неполноценности их, а также супруги, фактически состоявшие в браке задолго (5—6 лет) до официальной регистрации брака.

Таким образом, после исключения этих семей в выборочную совокупность вошло 802 семьи: 400 — русских, 402 — семьи казахской национальности, что составило соответственно 27,2% и 57,3% генеральной совокупности.

Для выполнения основной задачи исследования, состоявшей в разработке и апробации методики комплексного многоаспектного социально-гигиенического анализа процесса рождаемости, мы использовали различные источники информации о семье:

а) данные выкопировки сведений из актов регистрации браков в ЗАГСах;

б) результаты интервьюирования супругов по специальной программе;

в) данные выкопировки из индивидуальной медицинской документации, имеющейся в женских и детских консультациях на опрошенных нами женщин и их детей;

г) сведения о здоровье женщин по результатам опроса и специального медицинского осмотра их врачами акушерами-гинекологами и терапевтами женских консультаций.

Общий объем материала (не считая выкопировки и обработки материалов ЦСУ КазССР за 1961, 1969 и 1971 гг.) составил: интервьюирование — 802 супругов (не считая разведенных); медицинский осмотр врачами акушерами-гинекологами — 560 женщин и терапевтами — 407 женщин; выкопировка сведений из 262 историй развития ребенка (ф-112) и 406 амбулаторных карт (ф-25) женщин, обращавшихся в женские консультации.

Полученная при проведении исследования информация вносилась нами в специально разработанную карту-программу с последующей шифровкой ее при помощи перфокарт с краевой перфорацией типа К-4.

Особенность обработки материала заключалась в том, что в отличие от ранее выполненных работ (Н. А. Таубер, 1968; И. П. Каткова, Ш. И. Шлиндман, Л. Е. Свиридова, А. И. Салатич), оценка жилищных условий обследованных семей проводилась нами не по размерам жилой площади на 1-го человека, а комплексно с учетом всех признаков, входящих в понятие «жилищные условия», т. е. характера и принадлежности жилища, его обособленности, наличие коммунальных удобств, размеров жилой площади на 1-го человека. Для проведения такой комплексной оценки мы применили один из простейших приемов квантификации — шкалирование признаков и балльную оценку каждого из них, а затем при помощи предложенной нами формулы рассчитали обобщающий показатель (индекс) жилищных условий семьи (I)[1],[2].

Кроме того, используя балльный метод, мы провели также комплексную оценку материально-жилищного уровня семей[1],[2].

При статистической обработке материала применялись различные методы альтернативного, корреляционного и вариационного анализов. Для выявления характера и степени корреляционной зависимости и оценки достоверности показателей рассчитывались коэффициенты Пирсона (C), детерминации (r^2), критерий согласия (χ^2) хи-квадрат и критерий Стьюдента (t).

* *
*

За период наблюдения изучаемых когорт семей, с 1963 по 1970 гг., в них произошли значительные изменения. Намного улучшились жилищные и материально-жилищные условия: в 4,5 раза (в среднем обе когорты) уменьшилось число семей, проживающих в общежитиях и на частных квартирах. Почти половина (329 из 802) обследованных семей получили отдельные благоустроенные квартиры. Бюджет увеличился в 84,0% семей, главным образом за счет повышения заработной платы, и получения многими супругами более высокой квалификации. При этом следует заметить, что женщины вносят весомый вклад в укрепление экономического статуса своих семей.

---

[1] См. Методики научных исследований. М., 1972, стр. 61—73.
[2] Материалы XII Международного семинара по исследованию семьи. М., 1972.

Так, в 13,5% русских семей и в 14,4% семей казахской национальности среднемесячный заработок жены превышал заработок мужа, а в 75,7% и 73,7% семей соответственно, он составлял примерно половину бюджета семьи. Для большинства супругов весьма характерным было стремление к повышению образования. За 6 лет брака закончили учебу в вузах и средних учебных заведениях 217 женщин (27,0% от всей совокупности) и 133 мужчин (16,6%). Продолжали учебу на момент обследования — 8,6% (69 чел.) женщин и 13,9% (112 чел.) мужчин. Уже на момент вступления в брак 48,8% русских женщин и 69,4% казашек имели высшее, незаконченное высшее и среднее специальное образование. В связи с изложенным интересно проследить и характер влияния рассмотренных факторов на генеративную деятельность семей за анализируемый период их развития.

Анализ детородной функции женщин, обследованных семей показал, что за первые 6 лет брака почти все наблюдаемые нами женщины (98,0%) имели беременности. Причем, только у 12,5±1,7% русских женщин и 4,0±0,9% казашек было по одной беременности и в то же время однократные роды наблюдались уже у 64% женщин русской национальности и 29,6% — казашек; то есть фактическая деторождаемость была в 5—7 раз меньше, чем теоретически возможная.

У 2% женщин обеих национальностей не было беременности в основном по причине первичного бесплодия.

У 85,5% русских и 94,0% казашек имелись повторные беременности (2 и более). Однако, повторные роды были только у 32,0±2,3% русских и 68,0±1,8% казашек.

Но особенно демонстративен разрыв между числом беременностей и родов суммарно после двух беременностей. В семьях русской национальности женщин с 3 и более беременностями было 66,3%, а с тремя родами только 3,0%, т. е. в 22,1 раза меньше. С четырьмя родами не было ни одной женщины. Казашек с 3 и более беременностями было 77,6%, а число женщин, имевших 3—4 родов было только 18,4%, т. е. в 4,2 раза меньше. Следовательно, основная масса молодых женщин активно использует аборт, как метод внутрисемейного регулирования рождаемости. Подтверждением этому являются следующие данные: 62,8% всех беременностей, имевших место за 6 лет брака у русских женщин и 54,5% — у казашек закончились абортами (в т. ч. 3,5% — у русских и 6,4% у казашек — самопроизвольными выкидышами). Только 18,2±1,9% русских и 23,9±2,1% казашек не прибегали к абортам. Остальные женщины имели аборты, причем многие

из них — 39,4% (русские) и 44,7% (казашки) использовали эту операцию многократно (3 и более раза). Такое большое число нежеланных беременностей, прерываемых искусственно, бесспорно свидетельствует о недостаточной работе женских консультаций по пропаганде и обучению молодых супругов эффективным методам контрацепции. Женские консультации на сегодня еще мало популярны, как методические центры по применению контрацептивных средств и гигиены брака. Очевидно, неслучайно только 2,6% опрошенных нами женщин впервые обратились в женскую консультацию с целью профосмотра и консультации по применению контрацептивов; 91,3% — обратились по поводу задержки менструации и 6,1% — по поводу заболеваний. Аналогичные данные получены И. П. Катковой (1968) и Л. Е. Свиридовой (1971).

По-видимому, для успешной работы по профилактике абортов акушеры-гинекологи должны осуществлять динамичное наблюдение не только за контингентами женщин в период беременности, но и вне ее для того, чтобы избежать наступления нежеланных беременностей и тем самым предотвратить аборт. А для этого необходимо изучать и знать особенности детородной функции у женщин района обслуживания консультации. Результаты нашего исследования показали, что наиболее «ранимыми» в смысле искусственного прерывания, являются третья беременность у русских женщин (84,8% — абортов) и пятая — у казашек (78,1% абортов). На одни роды при этих беременностях приходилось более 5 абортов.

Важное значение для правильного отбора контингентов женщин, нуждающихся в первоочередной диспансеризации, имеют показатели, характеризующие напряженность генеративной функции семьи в зависимости от длительности брака.

Так, комплексное изучение всех показателей детородной функции женщин по годам брака позволяет отметить общую для обеих когорт семей тенденцию: с каждым годом брака интенсивность беременностей и родов снижается, а относительное число абортов увеличивается, что особенно наглядно иллюстрируют показатели соотношения родов и абортов (Табл. 1).

Если на первом году брака беременность имели 81,1% женщин русской национальности и 82,1% казашек, то на шестом году только 37,0% русских и 56,4% казашек. В семьях русских это снижение идет плавно, без подъема в отдельные годы, а в семьях казахов на 5-ом году брака мы видим уве-

личение числа беременностей и родов по сравнению с предшествующими годами, что, очевидно, можно объяснить большей частотой рождения вторых и третьих детей. В целом за 6 лет брака на каждые 100 женщин русской национальности приходилось 352,2 беременности, из которых только 130,6 закончились родами, 208,1 абортами и 13,5 — выкидышами. На 100 казашек — 405,5 беременностей, из которых родами закончились 184,6, абортами 195,0, самопроизвольными выкидышами 25,9. Соотношение родов и абортов у казашек более благоприятное (1 : 1,05), чем у русских (1 : 1,59) женщин.

Таблица 1

Распределение беременностей, родов, абортов и выкидышей по годам брака
(в показателях частоты)

Продолжительность брака (в годах)	На 100 женщин приходится				
	беременностей	родов	абортов	выкидышей[1]	соотношение родов к абортам
Русские женщины					
1	81,1	69,0	10,3	1,8	1 : 0,15
2	59,8	23,3	34,0	2,5	1 : 1,4
3	69,0	16,0	51,0	2,0	1 : 3,2
4	56,6	9,5	41,5	2,6	1 : 4,3
5	48,7	8,7	39,0	1,0	1 : 4,5
6	37,0	4,1	32,3	3,6	1 : 7,8
Всего	352,2	130,6	208,1	13,5	1 : 1,59
Казашки					
1	82,1	70,6	6,5	5,0	1 : 0,09
2	74,7	33,6	37,1	4,0	1 : 1,01
3	62,6	22,1	36,8	3,7	1 : 1,66
4	58,2	20,4	34,8	3,0	1 : 1,77
5	71,5	29,2	38,8	3,5	1 : 1,26
6	56,4	8,7	41,0	6,7	1 : 4,7
Всего	405,5	184,6	195,0	25,9	1 : 1,05

* *
*

Анализ всех признаков детородной функции женщин (частоты беременностей, родов и абортов) в связи с материаль-

[1] В данную графу наряду с самопроизвольными выкидышами были включены также прерывания беременностей по медицинским показаниям и в связи с внематочной беременностью.

но-жилищными условиями позволяет отметить благоприятную, общую для обеих когорт семей, тенденцию снижения числа беременностей и абортов в семьях с хорошими и наиболее благоприятными условиями. Правда, число родов также снижается, однако, менее интенсивно, чем число абортов, поэтому в семьях русских с наиболее благоприятными условиями соотношение родов и абортов лучше, чем в других. В семьях казахской национальности эта тенденция менее устойчива и по показателям соотношения родов и абортов уже не проявляется. (Табл. 2).

Таблица 2

Показатели детородной функции женщин в семьях русских и казахов в связи с материально-жилищными условиями (на 100 обследованных семей)

Показатели детородной функции женщин	Национальность	Материально-жилищные условия семей на момент обследования			
		плохие	удовлетворительные	хорошие	наиболее благоприятные
Беременности	русские	401,3	380,0	348,9	292,8
	казахи	450,8	438,5	407,8	332,6
Аборты	русские	264,4	235,4	211,4	189,2
	казахи	231,2	223,9	229,5	198,9
Роды	русские	141,9	144,6	137,5	103,6
	казахи	219,6	214,6	178,3	133,7
Соотношение родов и искусственных абортов	русские	1 : 1,71	1 : 1,61	1 : 1,56	1 : 1,47
	казахи	1 : 0,98	1 : 0,94	1 : 1,11	1 : 1,23

В семьях русской национальности число беременностей, родов и абортов находится в обратной связи с уровнем образования женщин: чем выше уровень образования, тем меньше беременностей (283,8 на 100 женщин с высшим образованием против 417,9 у женщин с общим средним образованием и ниже) и абортов (169,8 против 270, соответственно). По частоте родов отмечается та же тенденция, однако, различия в показателях незначительные (114,0 и 147,4 родов на 100 женщин) поэтому соотношения родов и абортов более благоприятные у женщин с высшим образованием (1 : 1,44 против 1 : 1,71 у лиц с общим средним образованием).

В отличие от русских у казашек не обнаруживается какой-

либо связи между уровнем образования и частотой беременностей: число беременностей у женщин с высшим и общим средним образованием одинаковое (403,5 и 405,3 на 100 женщин). Частота родов, так же как и у русских, находится в обратной связи с уровнем образования (175,9 родов на 100 женщин с высшим образованием и 206,4 на 100 женщин с общим средним образование и ниже). Число же абортов у казашек с высшим образованием выше, чем у женщин той же национальности, но с более низким уровнем образования (227,6 на 100 женщин против 198,9 — прямая связь). Отмеченные особенности частоты абортов у женщин — казашек, является ярким подтверждением того положения, что с ростом уровня образования и культуры населения процесс сознательного ограничения рождаемости (даже путем абортов) охватывает вначале наиболее культурные слои общества, более свободные от национальных традиций многодетности.

Анализ сочетанного влияния ряда социальных факторов на детородную функцию женщин показал, что выявленная нами положительная тенденция снижения числа абортов по мере улучшения материально-жилищных условий семей наиболее устойчива только у женщин с высшим образованием (обе национальности).

В связи с более широким распространением практики регулирования деторождений особый интерес представляет изучение влияния возраста вступления в брак на детородную функцию женщин.

Результаты нашего исследования показывают, что самые молодые женщины (до 20 лет) отличаются более высокими показателями беременностей (404,2 на 100 русских и 448,4 на 100 казашек) в сравнении с женщинами старших возрастов (312,5 и 365,1 соответственно). Очевидно, этот факт не следует расценивать как более высокую генеративную способность этих женщин, а скорее всего, как следствие более низкого уровня знаний их в области контрацепции, о чем свидетельствует значительное число абортов у этих женщин, в 2 раза превышающее число родов. Сравнительно благоприятное соотношение родов и абортов отмечено нами у женщин, вступивших в брак в возрасте 25—29 лет (1 : 1,38 против 1 : 2,08 у женщин моложе 20 лет).

Выявленные повозрастные особенности генеративной функции женщин имеют большое значение для практического осуществления мероприятий по борьбе с абортами и укреплению здоровья молодых женщин. На наш взгляд, активная

и умелая пропаганда противозачаточных средств и способов их применения должна в первую очередь проводиться среди контингентов молодежи добрачного возраста, подавших заявление в ЗАГС о вступлении в брак (первый этап), затем среди молодоженов (второй этап) и на третьем этапе среди супругов более старших возрастов, по мере необходимости.

Основными мотивами первого прерывания беременности у русских женщин были различные социально-экономические факторы 48,8% (производственная занятость, плохие жилищные условия, материальные затруднения). У казашек основными мотивами первого аборта были медико-социальные факторы — 42,5% (маленький возраст первого ребенка, трудности в организации ухода за детьми, частые заболевания их). Среди мотивов повторных абортов как у русских, так и у казашек преобладали социально-экономические факторы.

Пагубное влияние аборта на здоровье женщин доказано многочисленными научными исследованиями и не вызывает никакого сомнения. Однако, хотелось бы обратить внимание и на другую «сторону» данного вопроса, а именно: влияние состояния здоровья женщин и их детей на уровень перинатальной смертности и показатели фактической и планируемой детности семей. Широкая практика регулирования рождаемости вызвала «постарение» контингентов рожающих женщин (Желоховцева И. Н., 1971, Фролова О. Г. 1972) и как следствие этого учащение акушерской патологии, так как женщины старших возрастов имеют в анамнезе большее число хронических соматических заболеваний, абортов. Результаты нашего исследования показывают, что частота акушерской патологии при первых родах у женщин, имевших в анамнезе хронические заболевания была в 2 раза больше ($65,5\pm\pm3,04$ на 100 родов), чем у здоровых ($31,9\pm2,14$ на 100 родов).

Частота перинатальной смертности у больных женщин была в 3,9 раза больше, чем у здоровых и составляла 30,7 на 1000 родов против 7,8% — у здоровых. Аналогичные сведения приводятся О. Г. Фроловой (1972), а по данным И. Н. Желоховцевой (1971) эти различия еще больше: $38,2\pm2,5$ на 1000 родов у больных женщин и $5,8\pm1,4$‰ — у здоровых.

Фактические и планируемые размеры семьи находятся также в прямой зависимости от состояния здоровья женщин. Так, одним ребенком желали ограничиться $22,6\pm1,9$% здоровых женщин и $30,2\pm2,8$% — больных ($P<0,05$). Среди больных значительно больше было женщин не имевших детей (4,8%) в сравнении со здоровыми (2,5%).

В числе медико-социальных факторов планирования семьи особое место занимают вопросы организации дошкольного воспитания детей и потребность населения в детских дошкольных учреждениях. Результаты опроса супругов показали, что 99,0% из них считают систему коллективного воспитания детей, после достижения ими 3-х летнего возраста, наиболее удобной и необходимой. Что касается воспитания детей до 3-х лет жизни, то большая часть родителей высказывались за индивидуальное воспитание их в домашних условиях. Только 1,9% родителей желали бы воспитывать детей в возрасте до 1-го года в яслях, 6% — с 1—2-х лет и 24,7% — после 2-х лет. Фактически же число детей (из обследованных нами семей), воспитывавшихся в детских яслях с грудного возраста и с 1-го года было в 5—6 раз больше, чем того желали бы родители. Очевидно, это связано с необходимостью выхода матери на производство, так как в противном случае семья несет значительные экономические потери. Результаты проведенных расчетов показали, что средняя длительность неоплачиваемого отпуска, взятого матерью по уходу за ребенком первого года жизни равнялась 115,5 дням у женщин с высшим образованием, 148,9 дням у лиц со средним специальным образованием и 215,8 дням у женщин с более низким уровнем образования. Учитывая данное количество дней, а также нетрудоспособность в связи с болезнью детей, уровень заработной платы женщин и долю их доходов в семейном бюджете мы рассчитали средние экономические потери семей в связи с уходом за детьми первого года жизни по следующей формуле:

$$Pf = \frac{r \cdot p}{100} \text{ где,}$$

Pf — экономические потери семьи в %,
r — доля заработка жены в общем бюджете семьи,
p — потери в заработной плате женщин.

Полученные данные показывают, что в среднем экономические потери составляли 22,2% бюджета семьи (колебания от 5,5% до 38,8%), что значительно снижало (хотя и временно) среднедушевую материальную обеспеченность семей.

Негативное же отношение населения к воспитанию детей в яслях обусловлено, на наш взгляд, главным образом более частыми заболеваниями организованных детей, что подтверж-

дают многочисленные исследования (А. А. Перелыгина, 1968; Э. В. Шляховая, 1969; Н. Ф. Ильичева, 1969; В. Н. Щербаков, 1971; Е. А. Бояринова, 1971; E. Venderova, I. Najemnik, 1963), а также значительно возросшими требованиями к условиям воспитания детей: 70—73,6% опрошенных не хотели бы отдавать ребенка в детские ясли из-за частых заболеваний, 21,5—23,6% — из-за плохого ухода. Из изложенного следует вывод, что экономические трудности вследствие организации ухода за первыми детьми трансформируются и создают неблагоприятную психологическую настроенность супругов относительно последующих рождений. И чем выше уровень культуры и образования супругов, тем выше требования к воспитанию детей. Поэтому фактор материальной обеспеченности в первые годы брака играет несравненно более важную роль в определении тактики деторождений, чем во все последующие годы. Очевидно, «обратное» влияние высокого дохода на число детей в семье, фиксируемое на момент обследования, является иллюзорным и не всегда правильно отражает истинную взаимосвязь явлений.

Анализ фактических и планируемых супругами размеров семьи в связи с некоторыми социально-экономическими факторами отражает благоприятную тенденцию и позволяет предвидеть успех демографической политики, направленной на поощрение рождаемости.

В семьях обеих национальностей, проживающих на момент обследования в хороших жилищных условиях планируемое число детей значительно больше, чем у проживающих в плохих условиях. (табл. 3).

Аналогичная прямая зависимость обнаружена в семьях русских по материально-жилищным условиям: 2-х детей и более планировали иметь 72,0% супругов из наиболее обеспеченных семей и 51,6% из менее обеспеченных ($\chi^2=12{,}67$, $P<0{,}05$).

В семьях казахской национальности планируемое число детей было в обратной связи с материально-жилищными условиями семьи. Планируемые размеры семьи находятся также в обратной связи с уровнем образования женщин. Более 3-х детей планировали иметь 3,6% русских женщин и 28,3% казашек с высшим образованием и соответственно 9,0% и 44,6% с общим средним образованием и ниже. Однако в семьях русских эта зависимость статистически не подтвердилась ($P>0{,}05$), а в семьях казахов — достоверна ($\chi^2=12{,}8$, $P<0{,}05$).

Таблица 3

Характер жилья на момент обследования и планируемое число детей в семье (на 100 семей соответствующей группы)

Характер жилья	Русские			Казахи			
	планируемое число			детей в семье			
	0—1	2	3	0—1	2	3	4
Собственный дом	25,0	66,9	7,2	9,7	41,9	29,1	19,3
Отдельная государственная квартира	26,6	65,5	7,9	15,4	52,4	27,6	4,6
Квартира родителей	55,8	34,9	9,3	31,8	36,4	31,8	—
Общежитие, коммунальная (общая) и частная квартира	47,1	25,9	—	25,0	54,6	18,2	2,2
Всего	34,0	52,9	—	25,0	51,0	26,8	5,3
	$\chi^2=27{,}77$; $P<0{,}002$.			$\chi^2=12{,}74$; $P<0{,}05$.			

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Огромные социально-экономические преобразования, происшедшие в Казахской ССР за годы Советской власти, вызвали небывалый подъем уровня культуры и грамотности населения, значительное ускорение темпов роста городского населения и урбанизации республики, что оказало определенное влияние на процессы воспроизводства населения, выразившееся в ускорении темпов снижения рождаемости в последнее десятилетие (1959—1969 гг.) и уменьшении естественного прироста его, особенно среди городского населения.

2. Для углубленного изучения социально-гигиенических аспектов регулирования рождаемости особое значение приобретает анализ деторождений **в когортах** молодых семей, от темпов формирования которых во многом зависит современный уровень воспроизводства населения.

3. Разработанная и апробированная в процессе данного исследования система обобщающих показателей для характеристики материально-жилищных условий семей, на основе применения балльной оценки качественных признаков, дает возможность шире анализировать социально-демографиче-

ские процессы в семье в связи с конкретными условиями жизни. Балльный метод в социально-гигиенических исследованиях весьма перспективен в поиске комплексной оценки влияния социально-экономических факторов на процесс воспроизводства населения.

4. Многие показатели детородной функции женщин обусловливаются действием ряда объективных социально-экономических и демографических факторов:

а) в семьях обеих национальностей выявлена положительная тенденция снижения частоты беременностей и абортов по мере улучшения материально-жилищной обеспеченности супругов; число родов при улучшении материально-жилищных условий также снижается, но менее интенсивно, чем число абортов, поэтому соотношение родов и абортов наиболее благоприятное в семьях с высоким уровнем благосостояния;

б) у женщин русской национальности интенсивность беременностей, абортов и родов находится в обратной связи с уровнем образования; у казашек существенных различий в показателях частоты беременностей не обнаружено, число абортов находится в прямой связи с уровнем образования женщин, а число родов — в обратной;

в) в условиях развитого процесса планирования семьи более раннее вступление девушек в брак (до 20 лет) скорее способствует увеличению числа абортов, нежели числа родов. Это обстоятельство должно особенно учитываться при разработке мероприятий по социальной профилактике абортов.

5. Результаты исследования показывают, что в настоящее время наряду с социально-экономическими и социально-психологическими аспектами планирования семьи следует выделять и медико-социальный аспект. Такая необходимость определяется следующими моментами:

а) сознательное ограничение деторождений часто осуществляется путем широкого использования самого опасного для здоровья женщины метода предотвращения беременности — аборта. По нашим данным, за 6 лет брака не прибегали к этой операции только 18,2% русских женщин и 23,9% казашек; остальные женщины имели аборты, причем 39,4% (русские), 44,7% (казашки) из них имели по 3 и более аборта;

б) работа женских консультаций по распространению знаний в области контрацепции и пропаганды эффективных средств и методов последней проводится еще недостаточно.

Об этом свидетельствует довольно большая частота нежеланных беременностей, как правило, искусственно прерываемых. Так, из 352,2 беременностей, имевших место на каждые сто обследованных русских женщин, желанными условно можно считать только 130,6, т. к. они закончились родами. У казашек соответственно из 405,5 беременностей желанными были только — 184,6;

в) в связи с активной тактикой супругов по регулированию сроков и числа деторождений увеличивается частота акушерской патологии, недонашиваемости и мертворождаемости как следствие «постарения» контингента рожающих женщин, имеющих в анамнезе большое число хронических соматических заболеваний и абортов.

Результаты данного исследования показывают, что частота акушерской патологии при первых родах у женщин, имеющих хронические соматические заболевания в 2 раза больше ($65,5 \pm 3,04$ на 100 родов), чем у здоровых $31,9 \pm 2,14$ на 100 родов), $P < 0,01$.

У больных женщин частота перинатальной смертности была в 3,9 раза (30,7 на 1000 родов) больше, чем у здоровых (7,8 на 1000 родов);

г) выявлена корреляционная связь между показателями здоровья женщин, фактическим и планируемым числом детей в семье: у здоровых женщин значительно реже (2,5 на 100 обследованных), чем у больных (4,8 на 100) не было детей и соответственно реже они планировали ограничиться только одним ребенком (22,6% из числа здоровых женщин и $30,1 \pm$ из числа больных, $P < 0,05$);

д) высокая заболеваемость детей, посещающих детские ясли, до 3-х лет жизни и недостаточный уход за ними являются основными мотивами нежелания воспитывать детей раннего возраста (особенно до 2-х лет) в детских организованных коллективах. Только 7,9% родителей предпочитали коллективное воспитание ребенка домашнему до исполнения ему 2-х лет. Остальные считали, что коллективное воспитание детей необходимо, но в более старшем возрасте (с 2—3-х лет).

Фактически же число детей, посещающих д/ясли в возрасте до 2-х лет составляло 45,4%, что в 5,7 раза больше желаемого со слов родителей. Очевидно, эти различия обусловливаются теми экономическими потерями (от 5,5% до 38,8% общего бюджета), которые несет семья, если женщина-мать покидает производство для того, чтобы обеспечить материнский уход за ребенком.

Из изложенного следует:

а) в условиях значительно возросших требований родителей к системе дошкольного воспитания детей, наряду с наблюдаемым в нашей стране ежегодным улучшением обеспеченности детскими учреждениями, необходимо ввести также материальное поощрение семей (в размере от 15% до 30% семейного бюджета), самостоятельно воспитывающих детей до 2—3-х летнего возраста;

б) значительное улучшение медицинского наблюдения и ухода за детьми в яслях может явиться важным резервом повышения производительности труда за счет уменьшения временной нетрудоспособности матери по уходу за ребенком.

Кроме того, в настоящий период, когда широко распространено внутрисемейное регулирование рождаемости, требуется пересмотреть ряд положений о деятельности женских консультаций, которые призваны в первую очередь охватить диспансерным наблюдением:

а) контингенты здоровых женщин наиболее плодовитого возраста, состоящих в браке;

б) контингенты женщин, страдающих хроническими экстрагенитальными заболеваниями и часто прибегающих к абортам;

в) контингенты новобрачных супружеских пар.

Основным направлением в работе консультации должна быть профилактика абортов и пропаганда контрацепции, для чего должна проводиться систематическая работа по учету контингентов женщин, супругов, нуждающихся в первую очередь в помощи и совете врача акушера-гинеколога. Нужна тесная связь с ЗАГСами для обеспечения медико-социальной подготовки будущих супругов к браку.

6. Анализ репродуктивного поведения супругов обеих национальностей позволяет предвидеть перспективы увеличения рождаемости и возможный успех демографической политики, направленной на поощрение рождаемости:

а) планируемое число детей в семьях обеих национальностей было значительно больше фактического на момент обследования. Только в 28,8±2,3% семей русской национальности было по два ребенка, планировали же иметь это число детей 59,8±2,4% семей. В 14,9±1,7% семей казахской национальности было по 3 ребенка, а планировали иметь это число детей значительно больше семей — 26,8±2,2%;

б) темпы улучшения жилищных условий оказывают существенное влияние на формирование семьи: улучшение жилищных условий в первые два года брака в 27,5% случаев

способствовало рождению первого ребенка в семьях русской национальности и в 41,5% — рождению второго ребенка в семьях казахской национальности;

в) планируемое число детей в семье находится в прямой связи с материально-жилищными условиями в семьях русской национальности и в обратной — в семьях казахов ($\chi^2=12,67$, $P<0,05$);

г) фактическое число детей в семьях обеих национальностей находится в тесной обратной связи ($P<0,01$) с уровнем образования женщин;

д) четкая обратная зависимость установлена также между планируемым числом детей в семье и уровнем образования женщин-казашек ($P<0,05$). В семьях русской национальности эта зависимость статистически не подтвердилась;

е) анализ комплексного влияния уровня образования обоих супругов (русских) и жилищных условий на планируемое число детей в семье обнаруживает положительную тенденцию увеличения планируемого числа детей во всех семьях с хорошими жилищными условиями. Однако, статистически достоверны эти различия только у супругов с более высоким уровнем образования. Это дает основание считать, что обратная зависимость между числом детей в семье и уровнем образования женщин весьма не стойкая и переходит в прямую при удовлетворении потребностей этих семей в жилищных условиях.

7. Полученные результаты позволяют заключить, что неблагоприятные социально-экономические и медико-социальные факторы, имевшие место в начальном периоде развития обследованных нами семей, являются объективным фоном определяющим психологическую настроенность супругов против новых рождений: 71,5% русских женщин и 68,9% казашек допускали возможность увеличения планируемых размеров семьи, но только при условии улучшении социально-экономических (за это высказалось 41,7% русских и 33,8% казашек) и медико-социальных (20,3% русских и 24,9% казашек) условий жизни или устранении неблагоприятных для дальнейшего роста и развития семьи социально-психологических обстоятельств (9,5% и 10,2% опрошенных).

Обеспечение оптимального сочетания и своевременной коррекции степени и характера влияния вышеуказанных факторов внутрисемейного регулирования рождаемости может обеспечить успех демографической политики.

Опубликованные работы по теме диссертации

1. Интервью — как метод конкретного социально-гигиенического исследования рождаемости. Журнал «Здравоохранение Казахстана», 1970, 12.

2. Некоторые социально-гигиенические аспекты рождаемости в молодых семьях. В кн.: Научно-технический прогресс и профилактическая медицина. М., 1971, (в соавторстве).

3. К методике изучения социально-гигиенических аспектов внутрисемейного регулирования рождаемости. Журнал «Здравоохранение Казахстана», 1971, 7, (в соавторстве).

4. Когортный метод в социально-гигиеническом изучении рождаемости в молодых семьях. М., 1971, стр. 100 (в соавторстве).

5. Методика комплексного социально-гигиенического изучения семьи в связи с процессом рождаемости. Сб. статей под ред. чл.-корр. АМН СССР, проф. Серенко А. Ф. «Методики научных исследований». М., 1972 (в соавторстве).

6. К методике социально-гигиенического изучения когорт молодых семей в связи с процессом рождаемости. XII Международный семинар по исследованию семьи. М., 1972, (в соавторстве).

7. К методике комплексной оценки материально-жилищного уровня в связи с процессом рождаемости. XII Международный семинар по исследованию семьи. М., 1972, (в соавторстве).

8. Медико-социальные аспекты внутрисемейного регулирования рождаемости. Материалы научной конференции АГМИ и АИУВ МЗ СССР. Вопросы теоретической и клинической медицины, т. 6, Алма-Ата, 1973.

По материалам диссертации сделаны доклады:

1. «Социально-гигиенические аспекты рождаемости в молодых семьях», на 7-й научной конференции гигиенических кафедр I ММИ им. И. М. Сеченова, март 1971 года.

2. «Методика оценки материально-жилищного уровня семьи в связи с процессом рождаемости», на XII Международном семинаре по исследованию семьи. Москва, апрель, 1972.

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОШИБКИ

Следует читать на 17 стр.:

Общежитие, коммунальная (общая) и частная квартира	47,1	52,9	—	25,0	54,6	18,2	2,2
Всего	34,0	59,8	6,2	16,9	51,0	26,8	5,3

Заказ № 212 Тираж 300 экз.

Картонажно-типографский цех Алма-Атинской фармацевтической фабрики